

فرم اعلام خسارت بیمه های آتش سوزی شرکت بیمه رازی

بیمه گذار محترم ، لطفا اطلاعات درخواستی ذیل را با دقت تکمیل فرمایید :

..... شماره بیمه نامه آتش سوزی: نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

..... تاریخ شروع بیمه نامه : نشانی کامل محل وقوع حادثه :

..... کاربری محل حادثه : تاریخ بروز حادثه :/...../.....

..... ساعت بروز حادثه :

..... زمان اطلاع شما از وقوع خسارت : تاریخ / / نحوه اطلاع شما از وقوع حادثه :

..... نوع خسارت : حریق . انفجار . سیل . طوفان . ترکیدگی لوله آب . ضایعات برف و باران . زلزله . سایر

..... علت و نحوه بروز حادثه را شرح دهید :

..... نحوه اطفا حریق یا جلوگیری از توسعه خسارت را توضیح دهید:

..... در زمان بروز حادثه شما در چه محلی حضور داشته اید؟

..... آیا مورد بیمه غیر از شرکت بیمه رازی نزد شرکت دیگری تحت پوشش بیمه قرار دارد؟ خیر بله ذکر فرمایید:

..... آیا مورد بیمه در رهن افراد، بانک یا سایر موسسات می باشد؟ لطفا ذکر فرمایید :

..... خسارت وارد شامل چه قسمت هایی از ساختمان یا اموال بیمه شده می گردد؟

..... میزان تقریبی خسارت وارد شده چقدر است؟ ارقام را به ریال ذکر فرمایید :

.....	کالاهای مخصوصی که در حادثه مورد آتش سوزی قرار گرفته اند:	.....	تالیسیات:	.....	ساختمان:
.....	ماشین آلات:	.....	ابزار آلات:	.....	اثاثه:
.....	همسایگان مجاور:	.....	لوازم بسته بندی:	.....	مواد اولیه:

..... در صورتی که احتمال می دهید شخص یا اشخاصی در ایجاد حادثه مقصراً باشند ذکر فرمایید:

..... غیر از خسارت فعلی آیا در محل مورد بیمه قبل از خسارت دیگری اتفاق افتاده است؟ توضیح دهید:

..... آیا غیر از مورد بیمه آسیب دیده سایر اموال شما نزد شرکت بیمه رازی تحت پوشش قرار دارند؟ لطفا ذکر فرمایید :

..... در صورتیکه فرد یا افرادی در این حادثه صدمه جانی دیده اند لطفاً نسبت آنها باشما و میزان خدمات وارد را ذکر فرمایید :

..... آیا در ارتباط با حادثه و خسارت وارد گزارش آتش نشانی موجود می باشد؟ در صورتیکه جواب منفی است علت آن را ذکر فرمایید :

..... آیا در ارتباط با حادثه و خسارت وارد مقامات انتظامی موجود می باشد؟

اینجانب (بیمه گذار / به نمایندگی از بیمه گذار) در تاریخ :/...../..... ساعت در محل شرکت

بیمه رازی حضور پیدا کرده و ضمن اعلام خسارت وارد به اموال مورد بیمه و تقاضای رسیدگی به خسارت وارد از سوی کارشناسان منتخب آن شرکت،

صحت اظهارات خویش را با مهر و امضاء ذیل این برگه تایید می نمایم.

..... شماره تماس (ثبت/همراه) :

..... مهر و امضاء بیمه گذار :

اینجانب مسئول اداره خسارت شعبه وصول اعلام خسارت بیمه گذار را در تاریخ فوق تایید می نمایم.

..... امضاء مسئول اداره خسارت :